

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

488

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PERLIS

Externe des hôpitaux

Quelques Considérations

SUR LES

FORMES FRUSTES

DU

Rhumatisme articulaire aigu
dans l'Enfance

Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

488

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PERLIS

Externe des hôpitaux

Quelques Considérations

SUR LES

FORMES FRUSTES

DU

Rhumatisme articulaire aigu
dans l'Enfance



Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHERT
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PAUL CARNOT

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude, pour l'hon-
neur qu'il nous fait en présidant notre thèse
et plus encore pour tout ce dont nous lui
avons été et restons redevable.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur JULES RENAULT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*C'est dans le service de notre maître
que nous avons fait notre thèse qui n'est
qu'un pâle reflet de son enseignement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Docteur BENSAUDE

Médecin de l'Hôpital Saint Antoine

Monsieur le Docteur FRÉDET

Chirurgien de la Charité

Monsieur le Professeur CARNOT

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Monsieur le Docteur ESMEIN (*in memoriam*).

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Monsieur le Docteur JULES RENAULT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR
LES FORMES FRUSTES
DU
Rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance

INTRODUCTION

Le rhumatisme articulaire aigu constitue depuis Bouillaud une entité clinique bien définie; l'agent spécifique n'en est pas connu, mais la bactériologie en a séparé toute la classe des pseudo-rhumatismes infectieux qui peuvent relever de microbes différents : du gonocoque, du streptocoque, du pneumocoque, du méningocoque, du tréponème, du Bacille de Koch, etc.

L'étude que nous avons voulu faire, les observations des malades qu'il nous a été donné d'observer se sont limitées au seul rhumatisme articulaire aigu. Nous avons été frappés en effet de l'existence d'un assez grand nombre de formes dans lesquelles les signes généraux sont à peu près inexistantes, les signes physiques modérés et qui se traduisent par des symptômes fonctionnels très discrets. Ces formes frustes ont été l'objet de ce travail, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique.

Beaucoup de ces formes passent à notre avis inaperçues et laissent comme séquelle souvent indélébile une complication cardiaque dont un traitement prophylactique au salicylate de soude, pratiqué précocement à la phase arthralgique aurait pu arrêter l'évolution.

Ce sont ces formes que nous voulons étudier au double point de vue de : 1^o leurs modalités cliniques; 2^o leur traitement approprié tant en ce qu'il concerne sa précocité que la durée à lui donner.

HISTORIQUE

Le rhumatisme articulaire aigu, si bien isolé de nos jours, semble avoir été complètement méconnu avant le siècle dernier, car si l'on cherche dans les anciens auteurs, on ne trouve nulle part la description d'une maladie ayant les caractères du rhumatisme. Il semble peu vraisemblable, comme le fait remarquer Homolle dans son article « Rhumatisme » du *Dictionnaire Jacquod*, que cette affection n'existât pas dans l'antiquité, et on serait plutôt porté à croire avec Sydenham que les anciens ne distinguaient pas cette maladie de la goutte.

Les premiers, Baillon (1568-1616) et après lui Sydenham (1624-1689) semblent avoir entrevu la distinction qui existe entre l'affection fluxionnaire qu'est le rhumatisme et l'affection diathésique qu'est la goutte. Mais c'est à Bouillaud que revint l'honneur, de 1834 à 1840, de faire véritablement la lumière sur la question.

Nous venons de voir combien avait été tardive l'identification du rhumatisme articulaire, et nous n'avons fait allusion qu'au rhumatisme de l'adulte dont la symptomatologie avec la fièvre élevée, l'état général très abattu, la polyarthrite aiguë est pourtant très riche. Pour le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant qui

présente une symptomatologie infiniment moins riche, on comprend que la question était encore beaucoup plus complexe.

L'étude du rhumatisme articulaire aigu de l'enfant remonte à Bouillaud. Celui-ci s'était très bien aperçu le premier combien la bénignité des accidents articulaires contrastait avec la gravité et la fréquence des complications cardiaques, et quand il avait établi ses fameuses lois, il reconnaissait que la deuxième était inapplicable chez l'enfant. Il disait que le cœur de l'enfant se comportait vis-à-vis du rhumatisme comme une véritable articulation.

Après Bouillaud, les médecins d'enfants cherchèrent tous à évaluer la proportion des lésions cardiaques dans le rhumatisme et les statistiques qu'ils établirent furent terriblement impressionnantes.

H. Roger était peut-être le plus pessimiste des auteurs puisqu'il considérait la lésion cardiaque comme fatale. Cadet de Gassicourt la trouvait dans 81 0/0 des cas; il disait : « Le rhumatisme prenant l'enfant sain le laisse avec le cœur indemne dans un cinquième des cas, un peu moins souvent avec un cœur légèrement touché et susceptible de guérison, le plus souvent (trois cinquièmes des cas environ) avec une endocardite ou une endopéricardite incurable pouvant amener la mort avant que l'enfant atteigne l'adolescence. »

Barthéz et Sanné ont trouvé une lésion du cœur 87 fois sur 100, d'Espire et Picot 80 fois sur 100, H. Barbier, lui, l'a trouvée dans 35 cas sur 38, c'est-à-dire 91 fois sur 100.

Si nous considérons maintenant le pronostic lointain de la lésion cardiaque, il n'était guère rassurant pour les auteurs que nous venons de citer. Pour plusieurs d'entre eux, une lésion ne rétrocede jamais. H. Roger, Potain, Cadet de Gassicourt ont cité des exemples de disparition du souffle, mais considèrent cela comme exceptionnel. H. Barbier en cite un cas, Peter, dans ses leçons cliniques, en cite également un cas; enfin, Perret (*Province Médicale*, 1892) a réussi à en recueillir huit cas. H. Roger, toutefois, conseillait d'attendre deux années avant d'affirmer qu'une lésion était incurable; Cadet de Gassicourt aurait plutôt été disposé à diminuer ce délai.

L'historique que nous venons de faire se rattache au rhumatisme articulaire aigu de l'enfant en général, mais nous nous demandons si tous les anciens auteurs, en établissant leurs statistiques si sévères, n'ont pas négligé les formes bénignes du rhumatisme qui sont d'un diagnostic très difficile et si de ce fait, n'ayant collationné que les formes les plus graves, ils n'ont pas trouvé la complication cardiaque dans le rhumatisme plus fréquemment qu'elle n'existe en réalité. Il nous paraît utile à ce sujet de citer ce qu'écrivait Homolle en 1882: « Dans la seconde enfance, on observe rarement la forme aiguë polyarticulaire; les arthrites légères et fugaces de cette période qui ont cependant la même signification que le rhumatisme franc de l'âge adulte, échappent à la statistique. »

SYMPTOMES

La symptomatologie du rhumatisme articulaire aigu de l'enfant dans les formes frustes est extrêmement réduite et diffère du tout au tout du rhumatisme classique de l'adulte.

Le début est insidieux. Le plus souvent le matin en se réveillant l'enfant ressent une douleur dans la cheville ou le genou, douleur qui augmente par la mobilisation de l'articulation malade et surtout par la palpation. Comme signes généraux, presque rien : un peu de lourdeur de tête, un peu de tachycardie, quelquefois des nausées.

L'angine comme signe de début est extrêmement rare dans les formes frustes. Nous ne l'avons pas trouvée chez les malades que nous avons observés.

Et l'on se trouve tout de suite, en somme, à la période d'état. La température oscille autour de 38°. Dans les cas les plus bénins, elle indique 37°5; quelquefois elle dépasse 38°, mais on la voit rarement atteindre 38°5. La différence entre la température matinale et la température vespérale est peu marquée; elle est environ de 2 à 3 dixièmes de degré.

L'état général est à peine touché; quelquefois l'en-

fant continue à jouer et si le siège de la douleur l'empêche de marcher, sa physionomie par contre indique si peu la maladie que les parents se demandent souvent si ce n'est pas surtout de la paresse dont souffre leur enfant.

L'abattement, l'inappétence sont plutôt dus à l'ingestion de hautes doses de salicylate qu'à l'infection microbienne.

Les phénomènes locaux sont un peu plus prononcés. La fluxion envahit une ou deux articulations et ce sont le plus souvent la tibio-tarsienne et le genou qui subissent l'atteinte du mal.

La déformation est peu marquée; on trouve un léger œdème qui suit les gaines tendineuses et gonfle les méplats. La rougeur est peu accentuée. Le toucher indique une augmentation assez nette de la température locale.

La douleur qui constitue le signe le plus marquant et le plus constant ne présente pas les caractères d'intensité que l'on trouve dans les formes franches du rhumatisme de l'enfant. C'est plutôt une gêne, une pesanteur, une lourdeur qui au repos est assez bien supportée.

La mobilisation active de l'articulation est difficile à obtenir car, comme elle augmente l'intensité de la douleur, l'enfant se refuse à l'effectuer. La mobilisation passive est moins pénible, et dans la majorité des cas on peut arriver à faire exécuter tous les mouvements possibles sans que la douleur ne cesse d'être supportable.

La palpation qui indique que la douleur a son maxi-

mum au niveau des interlignes articulaires la montre également, quoique un peu moins marquée, se propageant à la périphérie des interlignes et le long des gaines tendineuses.

On conçoit comment, avec une symptomatologie aussi pauvre, nous pourrions dire à peu près inexistante, un praticien a presque le droit de passer à côté d'un rhumatisme articulaire aigu fruste.

COMPLICATIONS

Dans les formes frustes, nous n'avons vu comme complications ou plutôt comme localisations abarticulaires du rhumatisme que la lésion endocardiaque. Nous avons montré que les classiques la considéraient à peu près comme fatale. Si elle n'est pas aussi fréquente dans les formes que nous étudions, elle n'en constitue pas moins le gros écueil et le gros danger.

On la rencontre ici à peu près une fois sur cinq et elle est presque toujours antérieure au traitement salicylé, c'est-à-dire qu'on la trouve quand l'organisme a été soumis un temps plus ou moins long à l'infection microbienne sans que le diagnostic de la maladie ait été établi.

La lésion cardiaque qu'on observe presque toujours, c'est l'atteinte de la valvule mitrale et l'insuffisance est beaucoup plus fréquente que le rétrécissement.

La localisation à l'endocarde peut survenir presque au début de la période arthralgique, mais dans l'immense majorité des cas, nous ne l'avons vu se produire qu'au bout d'un certain temps; soit après quelques jours de fluxion articulaire, soit à l'occasion d'une rechute.

Pendant deux ou trois jours on observe de la tachycardie, puis de l'assourdissement des bruits du cœur et enfin le souffle systolique de la pointe qui s'entend en général très nettement, puisque la lésion est bien compensée.

EVOLUTION

L'arthrite dans les formes frustes évolue en général assez rapidement. Quelquefois l'enfant ressent des douleurs dans le genou ou la cheville pendant deux jours, puis tout s'atténue; le plus souvent, l'évolution d'une fluxion se fait en cinq à six jours, mais il est des cas où l'atteinte de l'articulation se prolonge pendant plus longtemps, dix à quinze jours si le traitement de choix n'est pas intervenu.

Pendant toute la durée de l'évolution de l'arthrite, les signes généraux et locaux sont à peu près stables et de même que la maladie s'est installée insidieusement, elle disparaît un beau matin sans fracas.

Mais si le traitement n'est pas continué avec soin, les rechutes sont extrêmement fréquentes et elles peuvent se produire au bout de très peu de temps; elles présentent alors les mêmes caractères de fugacité que l'atteinte primitive.

La terminaison se fait par guérison complète dans les quatre cinquièmes des cas, dans tous les cas en somme où un traitement précoce est intervenu.

Dans un cinquième des cas, on a guérison incomplète avec séquelle qui se trouve être presque toujours une insuffisance mitrale.

1° Si par un traitement énergique longtemps continué on a réussi à épargner à l'organisme une nouvelle atteinte de la maladie, il sera possible de voir la lésion s'atténuer et disparaître dans un délai maximum de deux ans. C'est ce qui se produit dans la moitié des cas environ.

2° Si après deux ans la lésion cardiaque ne s'est pas modifiée, on pourra la considérer comme passée à l'état chronique.

3° Si l'organisme se trouve soumis à de nouvelles rechutes de la maladie, l'insuffisance mitrale primitive pourra se compliquer d'autres lésions orificielles ou de péricardite et une terminaison fatale sera alors possible avant que l'enfant atteigne l'adolescence. Mais le fait est extrêmement rare dans les formes frustes du rhumatisme.

PRONOSTIC

Le pronostic est celui de la lésion cardiaque. Dans les formes frustes, d'une façon globale, il est bon, puisque quatre fois sur cinq on n'a pas de complications.

En présence d'une lésion endocardiaque, récente, le pronostic, tout en étant réservé, ne sera pas franchement mauvais, puisqu'on aura à peu près une chance sur deux pour que la maladie guérisse. On devra se méfier des lésions qui semblent définitivement installées et qu'on ne retrouve plus un beau jour, et nous croyons avec H. Roger qu'il sera prudent d'attendre deux années avant d'affirmer qu'une lésion est passée à la chronicité.

Si l'on ne néglige pas de comprendre dans le rhumatisme de l'enfant les formes frustes qui s'y trouvent une fois sur trois, on voit combien les statistiques générales que l'on arrivera à obtenir seront moins sombres que celles des classiques que nous citons dans notre historique, puisque ceux-ci trouvaient au minimum 80 fois sur 100 une lésion cardiaque irréductible dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'appuiera sur la fluxion articulaire, sur la température et surtout sur le résultat fourni par le traitement « pierre de touche ». Mais les individus réagissent plus ou moins complètement et surtout plus ou moins rapidement au salicylate de soude. Pour certains, tant qu'on n'aura pas atteint la dose maxima qui se trouve être la dose nécessaire et tant qu'on ne l'aura pas prolongée suffisamment, on n'aura aucun résultat.

En donnant pendant trois jours consécutifs le salicylate de soude à haute dose, si on se trouve en présence du rhumatisme articulaire aigu, on doit avoir une sédation manifeste des phénomènes arthralgiques et réciproquement, si on a cette sédation manifeste, on a bien des chances de se trouver en présence du rhumatisme articulaire aigu.

On devra cependant avoir toujours l'attention attirée vers un pseudo-rumatisme infectieux et on devra s'efforcer de s'assurer que le gonocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le méningocoque, le bacille de Koch, le tréponème ne peuvent pas être mis en cause. Pour ce dernier, il sera utile de faire une réaction de Bordet-Wassermann sur le sang de l'enfant.

TRAITEMENT

La thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu a épuisé pendant de longues années à peu près toutes les médications sans qu'aucune d'entre elle ait fourni de résultats vraiment bien concluants. Tour à tour, on a vanté les émissions sanguines avec Bouillaud, les évacuants, les diurétiques, les révulsifs, la médication alcaline avec le bicarbonate de soude, les modificateurs du système nerveux avec le sulfate de quinine, les analgésiques avec le bromure de potassium, la médication antithermique avec les bains froids. En fin d'analyse, nombre d'auteurs conseillaient l'expectation. Ainsi, le Dr Honoré, qui avait fait 17 attaques de rhumatisme et qui dans les premières avait tout essayé, s'était résolu en définitive à ne plus rien prendre, trouvant ainsi qu'il abrégait sa convalescence.

Enfin, en Allemagne, en 1875, Büss essayait l'acide salicylique et le salicylate de soude; Sticker, en 1876-1877, n'avait que 7 succès sur 181 cas. Germain Sée, en France, en 1877, utilisait le salicylate de soude avec un succès constant; Cadet de Gassicourt, en 1881, le donnait aux enfants à la dose de 2 à 4 gr.

De nos jours, la cause est entendue : rhumatisme articulaire aigu égale salicylate.

Le traitement précoce des formes frustes de rhumatisme est d'une importance capitale, car il permet presque à coup sûr d'éviter la complication cardiaque. Dans tous les cas où nous avons trouvé une endocardite, le rhumatisme avait été méconnu ou négligé et le salicylate n'était intervenu que lorsque la lésion cardiaque existait déjà.

Le traitement des formes frustes du rhumatisme articulaire aigu peut se schématiser en deux mots : immobilité et salicylate.

I. — L'enfant devra garder le lit pendant tout le temps de la période arthralgique et encore pendant une quinzaine après. On enveloppera le membre malade dans un pansement très légèrement compressif.

II. — Le salicylate devra être donné : à dose suffisante; assez longtemps; d'une façon correcte.

1^o La dose minima que l'on devra prescrire au début sera calculée à raison de 0 gr. 10 par kilogramme de poids de l'enfant et par jour. Si cette dose ne donnait pas un résultat net, elle pourrait être augmentée, les enfants supportant très bien le salicylate.

2^o On continuera cette dose trois jours pleins après disparition des symptômes locaux et de la fièvre, puis on diminuera lentement les doses de façon à arriver à la suppression du salicylate quinze jours après la guérison clinique de l'enfant.

3^o a) Le salicylate s'éliminant rapidement, pour laisser l'organisme d'une façon continue sous son action, on devra diviser la dose quotidienne en le plus de prises possibles régulièrement espacées; on pourra le faire

prendre toutes les deux ou trois heures et s'efforcer également de le faire absorber une ou deux fois au cours de la nuit.

b) Le salicylate devra être prescrit suffisamment dilué et absorbé au milieu des repas ou à la suite d'un repas léger. On pourra formuler une solution au dixième, très commode parce que chaque cuillère à café correspondra à 0 gr. 50 de salicylate; au moment de la prise, on fera verser chaque cuillère dans un verre d'une boisson quelconque.

OBSERVATIONS

Sur une trentaine d'observations recueillies dans le service de notre maître, M. le Dr Jules Renault, nous n'en citerons en tout que 10 dont une personnelle, ces observations présentant entre elles une telle analogie qu'il nous semblerait fastidieux de les détailler toutes.

OBSERVATION I (Personnelle.)

Paul C..., treize ans.

Remplaçant un médecin à Boulogne-sur-Seine, nous sommes appelé un matin dans une famille pour examiner un garçon de treize ans. Sa mère l'avait retiré de sa pension il y avait trois jours parce qu'il souffrait de sa cheville gauche et qu'il ne pouvait marcher. La famille était persuadée que l'enfant s'était fait une entorse bien que ce dernier affirmât catégoriquement qu'aucun traumatisme ne s'était exercé sur son pied. On lui avait fait depuis quatre jours des massages, des bains, on l'avait mis au repos mais aucune modification ne s'était produite dans l'état local du pied.

En examinant l'enfant nous le trouvons en très bon état au point de vue général ; comme température cependant il avait 37°5. Localement, un très léger œdème un peu rosé siégeait sur les faces antérieure et latérale de la cheville ; tous

les mouvements du pied étaient conservés et à peine douloureux. A la palpation on trouvait un très léger empatement et une douleur mal localisée qui se propageait le long des gaines tendineuses. Aucune autre articulation n'était touchée.

Ayant éliminé les autres diagnostics et en particulier celui d'un rhumatisme blennorragique nous avons pensé à du rhumatisme articulaire aigu fruste et mis l'enfant au repos absolu au lit. Nous avons donné d'emblée 4 grammes de salicylate de soude par jour à prendre par cuillerées à café d'une solution au dixième, chaque cuillère devant être diluée dans un demi verre d'eau.

Au bout de trois jours aucune amélioration ne s'était produite, l'œdème était stationnaire, les douleurs peut-être un peu plus fortes, 37°7 de température et du côté du cœur un premier bruit nettement assourdi.

La persistance d'un état subfébrile et surtout l'assourdissement du premier bruit du cœur nous ont fait persister dans notre diagnostic primitif malgré l'échec temporaire du traitement salicylé.

Nous avons élevé la dose de salicylate à 6 grammes par jour, dose évidemment considérable pour un enfant de treize ans mais qui ne nous a pas paru exagérée étant donné que la malade pesait 60 kilos. Le salicylate a été prescrit cette fois sous forme d'une solution au quinzième à prendre par cuillerées à soupe, chaque cuillère étant toujours diluée.

Sous l'influence de cette dose élevée de salicylate nous avons obtenu une régression rapide des symptômes. Au bout de trois jours l'œdème péri-malléolaire avait à peu près complètement disparu. Les douleurs spontanées n'existaient plus ; il persistait encore un peu de sensibilité à la pression

La température ne dépassait pas 37°2 le soir. Le premier bruit cardiaque était toujours assourdi.

Nous avons continué le salicylate à raison de 4 grammes par jour pendant quatre jours, puis nous sommes restés à 3 grammes pendant encore quinze jours.

Nous avons quitté l'enfant complètement guéri avec un premier bruit qui nous a semblé absolument normal.

OBSERVATION II

René B..., quatorze ans et demi. Entré le 6 décembre 1920. À l'entrée, l'enfant est un peu abattu, il a 38°1 de température. Il présente une mono-arthrite qui atteint le genou droit. Celui-ci est nettement tuméfié. La douleur spontanée existe et la palpation est assez douloureuse. La mobilité du genou est conservée. À l'auscultation, les bruits du cœur sont normaux.

Le malade est mis immédiatement à 4 grammes de salicylate par jour. Au bout de trois jours, la température est revenue à l'état normal, les phénomènes fluxionnaires ont disparu. Aucune modification ne s'est produite du côté du cœur. On laisse l'enfant pendant quinze jours à 2 grammes de salicylate. Il sort guéri le 2 janvier.

OBSERVATION III

Gabriel M..., cinq ans. Entré le 2 juillet 1920. L'enfant entre dans le service parce qu'il ne peut plus marcher. Température 37°6. Il présente un œdème de la cheville

gauche, la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne est difficile. La palpation est douloureuse. A l'auscultation le cœur semble normal. On met l'enfant à 2 grammes de salicylate par jour. Le lendemain il accuse une douleur dans l'épaule gauche, mais l'examen clinique ne permet pas de découvrir des symptômes objectifs. Au bout de deux jours, la température a disparu, la cheville gauche a repris son aspect normal mais est encore douloureuse à la pression.

On laisse l'enfant encore pendant quinze jours à 1 gr. de salicylate par jour. Il sort guéri le 20 juillet.

OBSERVATION IV

Jeanne L..., sept ans. Entrée le 19 juillet 1920. A l'entrée, l'enfant a deux articulations atteintes : la cheville gauche et le genou gauche. La tuméfaction de la cheville et du genou sont assez marqués. La mobilisation des articulations malades est difficile mais il semble que cela soit surtout dû à la résistance de l'enfant qui craint la douleur. La palpation révèle une douleur surtout péri-articulaire.

Etat général un peu déprimé. Température 38°2. Cœur normal. On met l'enfant à 3 grammes de salicylate par jour.

Au bout de deux jours, l'enfant va beaucoup mieux, l'œdème péri-articulaire a disparu, la température indique 37°5, le cœur est toujours normal. On baisse le salicylate à 2 grammes par jour, puis à 1 gr. 50 qu'on continue quinze jours. L'enfant semble guérie le 9 août 1921.

OBSERVATION V

Félicité S..., quatorze ans. Entrée le 19 novembre 1920.

Cette enfant souffrait de douleurs dans les deux genoux depuis quinze jours.

A son entrée dans le service, les douleurs dans les genoux ont disparu, mais l'articulation radio-carpienne droite est tuméfiée et très douloureuse à la palpation. La mobilité est conservée.

Etat général peu abattu. Température 38°2. Le cœur est normal. On met l'enfant à 4 grammes de salicylate par jour. Au bout de cinq jours on obtient l'apyrexie et la disparition des phénomènes fluxionnaires. Le cœur n'a pas été touché. On laisse l'enfant pendant quinze jours à 2 grammes de salicylate par jour.

OBSERVATION VI

Alice D..., huit ans et demi. Entrée le 23 février 1920.

A son entrée, l'enfant se plaint de souffrir dans sa hanche et son genou gauche. A l'examen on trouve peu de chose à la hanche, le genou lui est globuleux et sa palpation est douloureuse. Les mouvements sont possibles. Etat général assez abattu. Température 39 degrés. Le cœur semble normal.

Le salicylate est donné à raison de 3 gr. 50 par jour. En trois jours la température tombe à 37°5 ; le genou est encore tuméfié mais beaucoup moins douloureux. On continue le salicylate pendant quinze jours à raison de 2 grammes par jour. L'enfant sort guérie le 19 mars sans avoir présenté de troubles cardiaques.

OBSERVATION VII

Fernand B..., quatorze ans. Entré le 8 juillet 1920.

A son entrée dans le service, l'enfant présente une mono-

arthrite de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La tuméfaction est à peine visible, les mouvements sont conservés. La douleur n'est vraiment accusée qu'à la palpation. L'état général est excellent. Température 37°9. A l'auscultation cœur normal.

L'enfant est mis à 5 grammes de salicylate par jour. En deux jours la température revient à la normale. Au bout de quatre jours la cheville est à peine sensible à la palpation.

On laisse l'enfant pendant quinze jours à 2 gr. 50 de salicylate par jour ; il sort guéri le 26 juillet 1920.

OBSERVATION VIII

Suzanne H..., treize ans et demi. Entrée le 10 mai 1920.

A son entrée dans le service la malade est très déprimée. Température 38°5. Elle présente une poly-arthrite qui atteint simultanément le pied gauche, le genou gauche, la hanche gauche, l'épaule droite. Ces articulations sont du reste peu atteintes et le symptôme dominant est l'élément douleur.

Les bruits du cœur sont assourdis.

On met l'enfant à 4 grammes de salicylate par jour.

Le lendemain le genou droit est tuméfié et contient un peu de liquide. Les autres articulations sont moins douloureuses. Température 38°2. Bruit du cœur nettement assourdi. La température se maintient au-dessus de la moyenne pendant encore une semaine puis tout rentre dans l'ordre.

On continue le salicylate à 3 grammes par jour puis à 2 grammes.

Au bout de trois semaines on trouve à l'auscultation un cœur normal.

Ici nous ne sommes pas dans la catégorie des rhumatismes frustes puisque nous avons une symptomatologie assez riche, une polyarthrite nettement fébrile, mais nous avons tenu à citer ce cas, car au point de vue de l'évolution, il entre bien dans la catégorie des cas bénins puisqu'en trois semaines on a obtenu une guérison complète sans séquelle.

OBSERVATION IX

Marcelle C..., quatorze ans. Entrée le 1^{er} juillet 1920.

Cette enfant entre dans le service pour arthrite du genou gauche et du coude gauche. Sa première crise rhumatismale remontait à deux mois ; elle avait présenté à ce moment une bi-arthrite du genou droit et de l'articulation tibio-tarsienne droite qui s'était caractérisée par un œdème péri-articulaire et des phénomènes douloureux assez marqués. Traitée par le salicylate cette première crise avait guéri en trois semaines. Le salicylate n'avait pas été continué.

A l'entrée dans le service les phénomènes fluxionnaires sont très peu accentués, le genou est peut-être un peu augmenté de volume. Les douleurs sont légères. Température 37°5. A l'auscultation du cœur on trouve dans le décubitus dorsal un roulement présystolique qui disparaît en position assise.

On met l'enfant à 5 grammes de salicylate par jour. Les phénomènes articulaires disparaissent presque tout de suite et la température ne dépasse pas 37°2.

On continue le salicylate à 4 grammes, puis 2 gr. 50 par jour.

A la sortie de l'enfant, seize jours après son entrée, on n'entendait plus le roulement présystolique dans le décubitus dorsal.

OBSERVATION X

Griselda F..., sept ans. Entrée le 19 avril 1920.

L'enfant présente à l'entrée une mono-arthrite du genou droit. Celui-ci est tuméfié, rouge, très douloureux à la palpation. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse. L'impotence fonctionnelle est absolue.

L'état général est déprimé, la malade présente une céphalée frontale et des vomissements fréquents. Température 38°6.

A l'auscultation les bruits du cœur sont assourdis. On donne 3 grammes de salicylate par jour.

Au bout de trois jours, chute de la température à 37°5 et atténuation manifeste des phénomènes articulaires.

Le 24 avril, le genou est encore un peu tuméfié et douloureux. A l'auscultation du cœur on trouve à la pointe un souffle systolique doux qui s'atténue dans la position assise.

A la sortie de l'enfant le 29 avril, dix jours seulement après son entrée, le souffle quoique atténué, persistait toujours.

CONCLUSION

I. — Le rhumatisme articulaire aigu fruste n'est pas une rareté chez l'enfant; il se rencontre en moyenne une fois sur trois.

II. — Ses caractères cliniques sont les suivants :

a) La température est peu élevée, 38°.

b) C'est un rhumatisme oligoarticulaire et même le plus souvent monoarticulaire intéressant surtout les grosses articulations (genou, tibio-tarsienne).

c) Le gonflement de l'articulation est modéré.

d) Les phénomènes douloureux qui constituent le symptôme dominant ne sont pas très aigus. La douleur est articulaire et périarticulaire.

III. — Si l'apparence clinique est bénigne, les séquelles cardiaques ne sont pas moins à redouter et beaucoup d'endocardites chroniques de l'enfance nous paraissent liées à des complications de rhumatismes frustes passés inaperçus.

IV. — Le pronostic du rhumatisme fruste de l'enfant, lorsqu'il est traité, n'est pas très sévère, puisque la complication cardiaque ne se produit qu'une fois sur cinq et qu'elle n'est pas toujours définitive.

V. — Nous tenons à insister sur l'importance qu'il y

a à donner dans ces formes frustes du salicylate de soude qui d'abord calme les phénomènes arthralgiques, ensuite est un traitement prophylactique des complications cardiaques, à condition toutefois de l'employer :
1° à doses suffisantes; 2° pendant un temps assez long.

1° A doses suffisantes.

a) Dose minima de début : 0 gr. 10 par kilog.

b) Donner cette dose tant que persistent les phénomènes douloureux du début et la maintenir trois jours après disparition des symptômes locaux et de la fièvre.

2° Pendant un temps assez long.

Diminuer ensuite lentement et progressivement les doses de telle sorte qu'on arrive à supprimer le salicylate quinze jours après la disparition de tout signe clinique.

Le Président de la thèse,

P. CARNOT

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Achalme (P.)*. — A propos du bacille du rhumatisme articulaire aigu (Compte rendu Soc. de Biol. Paris, 1913).
- Apert (E.)*. — Précis des maladies des enfants, 1909.
- Baillon*. — Œuvres posthumes : Opera med. omnia. Paris, 1635.
- Barbier (H.)*. — De la gravité du rhumatisme chez les enfants dans ses rapports avec les complications cardiaques (Congrès int. de Méd. Paris, 1900).
- Article « Rhumatisme » in Traité des maladies des enfants de Grancher et Comby, 1904.
- Barthez et Rilliet*. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1861.
- Besnier (Ernest)*. — Article « Rhumatisme » in Dictionnaire des Sciences médicales, 1876.
- Bouillaud (J.)*. — Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie. Paris, 1840.
- Cadet de Gassicouri*. — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance. Paris, 1882.
- Chauffard (Emile)*. — Parallèle de la goutte et du rhumatisme. Paris, 1857.
- Goupil (A.)*. — De l'endocardite rhumatismale chez les enfants. Paris, 1892.
- Homolle (Georges)*. — Article « Rhumatisme » in Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique. Paris, 1882.
- Huchard*. — Cœur et rhumatisme chez l'enfant (Gazette d. mal. inf. Paris, 1902).

- Hutinel (V.)*. — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1909.
- Quelques considérations pratiques sur le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant (Rev. gén. de clin. et de thér. Paris, 1912).
- Josué (O.)*. — Le salicylate de soude dans les cardiopathies rhumatismales (Paris médical, 1913).
- Sur quelques modalités cliniques des cardiopathies rhumatinmales (Monde Méd. Paris, 1919).
- Landry (A.)*. — De la gravité du rhumatisme chez les enfants dans ses rapports avec les complications cardiaques. Paris, 1903.
- Lesné*. — Le rhumatisme articulaire aigu et les affections cardiaques chez l'enfant au point de vue pratique (J. de Méd. int. Paris, 1915).
- Lian (C.)*. — Les troubles cardiaques discrets des rhumatisants sans lésions valvulaires ni péricardite (Bull. Ac. de Méd. Paris, 1915).
- Marfan (A.-B.)*. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et en particulier du rhumatisme cervical (J. de Clin. et de Thér. inf. Paris, 1895).
- Les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant (J. de Méd. de Paris, 1909).
- Méry*. — Rhumatisme chez l'enfant (J. de Méd. int. de Paris, 1904).
- Perret (S.)*. — Du rhumatisme articulaire aigu infantile (Province méd. Lyon, 1892).
- Peter (Michel)*. — Leçons de Clinique médicale. Paris, 1873.
- Picot*. — Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants. Thèse Paris, 1872.
- Roger (H.)*. — Recherches cliniques sur la chorée, le rhumatisme et les maladies du cœur chez les enfants, 1867.
- Sicard (M. H.)*. — Rheumatic manifestation in Children (Med. rec. N.-Y., 1906).
- Sydenham*. — Du rhumatisme, 1666-1689.
- Widal*. — Article « Rhumatisme » in Nouveau traité de Médecine de Brouardel, 1908.
-

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris. — 5156-21
